

Il richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:

- invalido civile al _____ % con/senza assegno di accompagnamento;
 - titolare di pensione sociale;
 - privo di alcun reddito personale;
 - altro (specificare)
-
-

Allega la seguente proposta di ricovero/assistenza redatta:

- dal Medico di Medicina Generale /Pediatra di Libera Scelta Dott. _____
- dal Dirigente dell'U.O. territoriale _____ Dott. _____
- dal Dirigente della U.O. ospedaliera Dott. _____
Ospedale di _____ (in caso di dimissione protetta)
- dai Servizi Sociali del Comune di _____

Al riguardo, allega la seguente documentazione:

- Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione (in caso di dimissione ospedaliera) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto.

Dichiara inoltre di: *(Barrare e sottoscrivere esclusivamente l'ipotesi selezionata)*

- Essere in grado di fare fronte al pagamento della diaria fissata per la quota del _____% della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti.

_____ li _____

(firma del richiedente)

- NON essere in grado di fare fronte al pagamento della quota del _____ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare.

_____ li _____

(firma del richiedente)

Autorizza:

- il trattamento dei propri dati ai sensi del T. U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003 e s. m. i.;
- il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica;
- la ASL _____ a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione, Distretti S. S.) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi socio-sanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura _____.

Luogo e data _____

(firma del richiedente)